

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

440

Année 1920

THÈSE

No

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jacques RÉGLADE

Externe des Hôpitaux de Paris,
Interne de l'Hôpital St-Joseph,
Né à Bordeaux le 21 Novembre 1887.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HYDRAMNIOS AIGUË

AU COURS DE

LA GROSSESSE GÉMELLAIRE UNIVITELLINE

Président : M. BRINDEAU, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920

THÈSE

No

440

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jacques RÉGLADE

Externe des Hôpitaux de Paris,
Interne de l'Hôpital St-Joseph,
Né à Bordeaux le 21 Novembre 1887.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HYDRAMNIOS AIGUË

AU COURS DE

LA GROSSESSE GÉMELLAIRE UNIVITELLINE

Président : M. BRINDEAU, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE,

1920



Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSEUR M. POUCHET

PROFESSEURS MM.

Anatomic.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNEO.
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Pactériologie.	BESANCON
Carasitologie et Histoire naturelle médicale.	BRUMPT
Bathologie et Thérapentique générales.	N.
Pathologie médicale.	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale.	GOSSET
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.	POUCHET
Thérapeutique.	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	M. NETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	HUTINEL
Clinique, des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses.	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAINES
Clinique gynécologique.	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.	BROCA
Clinique thérapeutique.	A. ROBIN
Clinique d'Oto-rhino laryngologie.	SEBILEAU.

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	JEANNIN	LOEPER	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ
CAMUS	LABBE (HENRI)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LANGLOIS	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LECENE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LEMIERRE	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LENORMANT	RETTERRER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEQUEUX	RIBIERRE	
GUENIOT	LEREBoullet	RICHAUD	
GUILLAIN	LERI	ROUSSY	

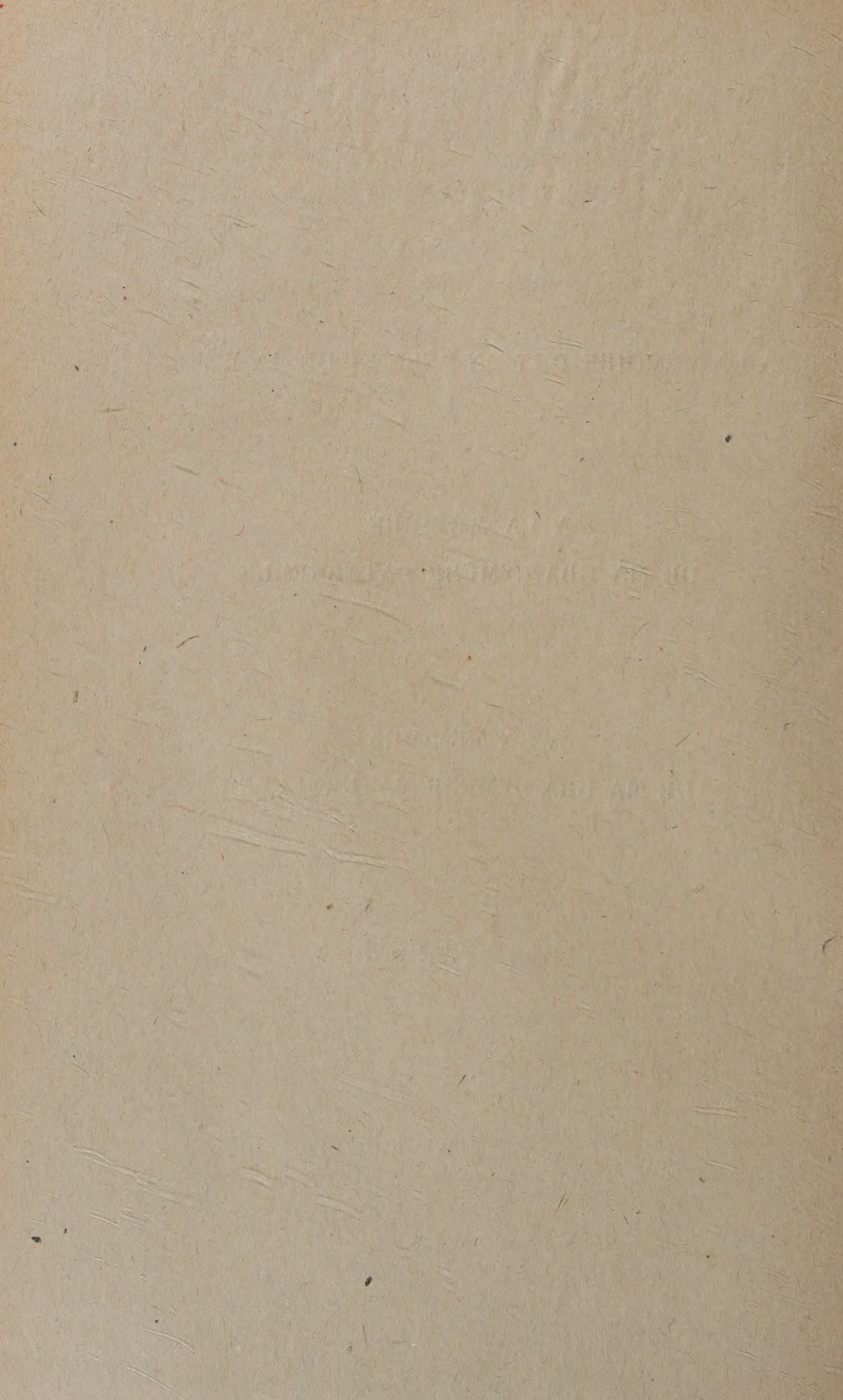
Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE
DE MA GRAND'MÈRE PATERNELLE

A LA MÉMOIRE
DE MA GRAND'MÈRE MATERNELLE

MEIS ET AMICIS



A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BRINDEAU

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris.

Accoucheur des Hôpitaux.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Monsieur le Professeur LEJARS

Chirurgien des Hôpitaux.

Monsieur le Professeur ACHARD

Médecin des Hôpitaux.

Monsieur le Professeur HAYEM

Médecin des Hôpitaux.

Monsieur le Docteur FOURNIER

Médecin des Hôpitaux.

Monsieur le Professeur agrégé CLAUDE

Médecin des Hôpitaux.

Monsieur le Professeur J.-L. FAURE

Chirurgien des Hôpitaux.

Monsieur le Docteur PAGNIEZ

Médecin des Hôpitaux.

Monsieur le Professeur agrégé MACAIGNE

Médecin des Hôpitaux.

Depuis la guerre.

Monsieur le Professeur BRINDEAU

Accoucheur des Hôpitaux.

Monsieur le Docteur CLAISSE

Médecin des Hôpitaux.

Monsieur le Docteur HUGUIER

Médecin de l'Hôpital St-Joseph.

*A mes premiers maîtres
de la Faculté de Médecine de Bordeaux.*

Monsieur le Professeur VILLAR

Chirurgien de l'Hôpital St-André.

Monsieur le Professeur CASSAET

Médecin de l'Hôpital St-André.

HISTORIQUE

Dès le ^{xvii}^e siècle, on s'est occupé de l'augmentation de la quantité du liquide amniotique au cours de la grossesse, mais c'est surtout avec Tarnier que l'on commence à étudier vraiment l'hydramnios sous ses deux formes, l'une chronique, l'autre aiguë, et c'est de cette dernière que nous nous occuperons.

Pendant le cas de Mauriceau en 1682 est resté célèbre.

« Il s'agissait d'une femme multipare, enceinte de
« 4 mois $1/2$ dont le volume du ventre était tellement
« exagéré qu'elle en souffrait d'une façon extrême et
« présentait de l'œdème des jambes. Au bout de 5 ou
« 6 jours, elle avorta de 2 enfants mâles qui étaient
« néanmoins vivants et qui n'avaient qu'un arrière-faix.
« Ils étaient si faibles qu'ils expirèrent peu après; mais
« la mère se porta bien ensuite ».

Cette observation bien que rédigée en termes assez vagues semble se rapporter parfaitement à un cas d'hydramnios aiguë.

De loin en loin une observation sur des cas d'hydramnios aiguë est publiée, mais il faut aller jusqu'à 1880

pour trouver une étude approfondie de la question avec le Mémoire de Charpentier, suivi l'année suivante de la thèse de Bar qui, en 1881, éclaire la pathogénie de l'hydramnios aiguë d'un jour nouveau.

En 1894, Maygrier et Demelin décrivent l'hydramnios au cours de la grossesse gémellaire et insistent sur son allure clinique et son pronostic.

Jais, dans sa thèse en 1911, étudie l'affection plus à fond et pose quelques indications de traitement.

Deux ans plus tard, Le Souder (Thèse de Paris, 1913) reprend la question mais en concluant de façon différente sur l'intervention.

Depuis cette époque, quelques cas ont été publiés. Ce sont ceux de : Sauvan (1913) : Grossesse univitelline mais unique; Marshall (1915) en Angleterre, dont nous rapportons l'observation; Sheele (1914) en Amérique et Rezza (1916) à Bologne. Il nous a été impossible de retrouver nulle part à Paris ces deux dernières observations.

M. Rudaux, accoucheur de l'hôpital Boucicaut, a bien voulu nous communiquer deux cas d'hydramnios aiguë qu'il a relevés dans sa clientèle particulière en 1913 et qui n'ont pas été publiés. Nous le remercions bien sincèrement de l'amabilité avec laquelle il nous a accueilli et du service qu'il nous a rendu.

M. le Professeur Brindeau, outre les cas qu'il a déjà publiés a recueilli deux cas nouveaux : l'un en 1919 dans son service de la Pitié, l'autre en 1920 à la Maternité de Beaujon. Il a bien voulu nous en donner les observations en nous inspirant le sujet de ce travail. Qu'il nous

soit permis de le remercier ici respectueusement de l'accueil si bienveillant qu'il nous a fait ainsi qu'à nos camarades à notre retour des armées et de l'enseignement qu'il nous a prodigué, ne négligeant son temps ni sa peine lorsqu'il s'agit de ses malades et de ses élèves.

Nous ne pouvons ici faire une étude absolument complète du sujet qui nous intéresse et la critique des théories pathogéniques imaginées pour expliquer l'hydramnios aiguë serait trop longue. Nous ne ferons donc qu'indiquer ces hypothèses en soulignant les plus satisfaisantes et nous insisterons surtout sur l'étude clinique, le diagnostic parfois si difficile à établir et le traitement sur lequel s'accordent aujourd'hui presque tous les auteurs.



SYMPTOMES

L'hydramnios aiguë se rencontre le plus fréquemment au cours d'une grossesse gémellaire bien que nous signalions ici même quelques cas de grossesse non gémellaire coïncidant à l'hydramnios aiguë (cas de Brindeau 1911, de Sauvan 1913). Dans tous les cas, la fréquence de l'hydramnios aiguë est rare et Sion (Thèse de Paris, 1896) donne comme statistique sur 10.977 accouchements 8 cas seulement d'hydramnios aiguë. Clavard-Ribourjon, de son côté, remarque 5 cas d'hydramnios aiguë sur 42 cas d'hydramnios au cours de grossesse gémellaire.

On rencontre plus fréquemment l'hydramnios aiguë chez des multipares dans la proportion de 1 primipare pour 3 multipares et elle coïncide plus fréquemment avec une grossesse univitelline.

Il est de règle de décrire une *hydramnios aiguë précoce* et une *hydramnios aiguë tardive*. Le terme de précoce indiquerait un accident apparaissant dans les premiers mois de la grossesse, alors qu'en réalité les accidents de la forme précoce n'apparaissent pas avant le 4^e ou le 5^e mois : il s'agit presque toujours dans ces cas

d'une grossesse gémellaire univitelline (Brindeau). Si le début se fait vers le 8^e mois, il s'agit d'une hydramnios aiguë tardive ou plus exactement d'une poussée aiguë au cours d'une hydramnios à forme chronique; cette forme sort du cadre de notre étude.

Le début ne présente en général rien de très spécial; certains auteurs ont insisté sur l'exagération des phénomènes sympathiques : vomissements, courbatures, accompagnés de pesanteur dans le bas ventre, mais jusqu'ici il s'agit seulement d'un début de grossesse gémellaire sans que rien puisse faire prévoir l'hydramnios.

Puis brusquement, un certain jour, sans raison, le volume du ventre augmente, la femme est obligée de desserrer ses vêtements qui la gênent d'une façon étrange; quelques jours plus tard, elle se voit dans l'obligation de les changer contre de plus amples.

Puis les troubles sympathiques du début reparaissent : nausées, vomissements. A la moindre tentative d'alimentation se montrent de violentes douleurs gastriques qui empêchent la femme de se nourrir. Une sensation de brûlure au creux épigastrique parfois intolérable apparaît, suivie souvent d'éruption.

Le rectum et la vessie sont comprimés, amenant une constipation plus ou moins opiniâtre et des selles douloureuses, de la dysurie, des mictions douloureuses, fréquentes et peu abondantes, ce phénomène contrastant avec la diminution des urines. Il est rare de voir le taux des urines s'élever, et dans ces cas, se montre presque toujours de la glycosurie (Pinard).

L'examen objectif montre un *ventre très augmenté*

de volume et peu en rapport avec l'âge de la grossesse accusé par la malade; les membres inférieurs sont œdématisés et cet œdème remonte parfois jusqu'au-dessus du pubis.

Le pouls augmente de fréquence si bien qu'autrefois on a pu prendre ce signe pour une manifestation de fièvre. La respiration diminue d'amplitude, mais augmente de fréquence; elle devient difficile par suite du refoulement du diaphragme vers le thorax. Les échanges gazeux sont donc insuffisants à empêcher la cyanose.

Mais ce qui frappe surtout chez ces malades est leur état de *surexcitation* dû aux douleurs abdominales continues coexistant à une angoisse de chaque moment. Qu'elle soit assise, étendue ou debout, la malade souffre ou asphyxie; quelque acte de la vie de relation qu'elle cherche à accomplir, elle ne peut s'y livrer. Elle ne peut même plus reposer, le sommeil la fuit; aussi, arrivée au paroxysme de l'énervement et en désespoir de cause, voyant échouer toutes les médications qui lui sont proposées, réclame-t-elle à grands cris la délivrance par quelque moyen que ce soit!

Le médecin se trouve à ce moment en présence d'un sujet amaigri, présentant même parfois le facies abdominal typique avec ses traits si caractéristiques : nez pincé, yeux excavés; le ballonnement du ventre, l'arrêt des matières et parfois des gaz; les douleurs, les vomissements pourraient même lui en imposer pour une réaction péritonéale aiguë pouvant nécessiter une laparotomie immédiate.

La percussion donne à ce moment une ligne de matité

remontant très haut, parfois jusqu'au niveau de l'appendice xyphoïde, dessinant une ligne courbe à concavité inférieure.

Les flancs au contraire sont sonores. La tension est telle qu'il est impossible de percevoir aucune fluctuation.

Cependant si la femme est venue consulter plus tôt, le flot tout comme le ballottement fœtal pourraient être perçus.

L'*auscultation des bruits du cœur* est presque toujours *négative*, le fœtus étant noyé dans une épaisse nappe de liquide; il en est de même des mouvements actifs qui sont perçus par la mère avec peu de netteté.

Pour essayer de sentir le fœtus, les classiques recommandent une manœuvre très simple qui consiste à faire coucher la femme sur le flanc, ce qui permet d'obtenir le contact du fœtus avec la paroi.

Quoi qu'il en soit, si posant la main à plat sur la paroi abdominale, le médecin a l'heureuse fortune de percevoir une contraction utérine même peu marquée, ce phénomène éclairera immédiatement son diagnostic.

La *hauteur de l'utérus* au-dessus de la symphyse atteint 44, 46, 47 centimètres, 61 centimètres dans une de nos observations. La *circonférence abdominale* varie entre 1 mètre et 1 m. 13 dans notre observation XXII et peut même atteindre 1 m. 70 (obs. de Charpentier).

En ce qui concerne le toucher vaginal, les avis semblent différer. Dans certains cas, le segment inférieur est libre et le col allongé et peu ramolli n'est pas déhiscent à moins que ne se soient déjà montrées quelques

contractions utérines, signe prémonitoire d'un début de travail.

Dans d'autres cas, le segment inférieur apparaît largement évasé, tendu comme une poche; le col est élevé, déhiscent ou même franchement ouvert. On peut interpréter, croyons-nous, ces divers aspects du col et du segment inférieur de la façon suivante; le segment inférieur est évasé et le col entr'ouvert lorsque la poche hydroamniotique est située à la partie inférieure; au contraire, lorsqu'elle est en rapport avec le fond de l'utérus, le segment inférieur et le col sont normaux.

L'évolution de cette affection se fait de façons diverses, *soit vers la mort*, ce qui est *exceptionnel*, l'état de la malade s'aggrave en quelques jours, l'asphyxie augmente rapidement et la mort survient en asystolie aiguë. Dans un cas, la mort est survenue à la suite de rétention placentaire et par infection; cette observation de Maygrier remonte à 1887, époque à laquelle l'asepsie était à peine connue.

Presque toujours, le pronostic est moins sévère tout au moins pour la mère et la terminaison a lieu soit spontanément, soit à la suite d'une intervention.

Dans le 1^{er} cas, sous l'influence de la tension extrême de l'œuf, les membranes se rompent prématurément, cette rupture apportant à la malade un soulagement immédiat; un flot de liquide s'écoule à travers l'orifice ainsi formé et l'avortement spontané se produit au bout d'un temps variable, en général assez rapidement (obs. VII, VIII). Il est exceptionnel au cours de l'hydramnios aiguë de voir le volume du liquide rester stationnaire

et la grossesse arriver à terme, comme le cas a pu se rencontrer dans l'hydramnios chronique. Certains auteurs ont décrit cette évolution dont nous n'avons trouvé aucun cas dans la littérature médicale.

En revanche, si l'accouchement est facile par suite de l'ouverture large du col et de l'échéance lointaine du terme, la délivrance par contre pourra donner lieu à des complications (telle : l'inertie utérine) et doit être surveillée de très près.

Il est enfin des cas assez fréquents où l'on doit intervenir; nous reviendrons plus tard sur l'opportunité ainsi que sur la nature de l'opération à pratiquer; ici les phénomènes se passent de façon analogue, mais l'accouchement ou l'avortement est plus long à se produire que dans le cas précédent, surtout si l'on procède par ponction abdominale de l'utérus. Dans tous ces cas, les enfants, même s'ils naissent vivants, ne sont pas viables; nous n'avons rencontré qu'une observation citée par M. Bar où un enfant né à huit mois serait sorti vivant de sa clinique, mais dont il n'a pas eu de nouvelles ultérieurement.

Toutes les autres observations publiées jusqu'à ce jour accusent la *mortalité des nouveau-nés*, soit aussitôt, soit quelques heures, rarement quelques jours après l'accouchement et les statistiques données sur la vitalité des enfants nés avant terme après hydramnios, s'adressent aux cas d'hydramnios chronique.

C'est dire assez que le *pronostic quo ad vitam pour le fœtus est fatal*; tout au plus pourrait-on envisager le cas où l'hydramnios aiguë se produisant très tardive-

ment vers le 8^e mois; on pourrait retarder l'accouchement de quelques jours, l'enfant serait vivant comme dans le cas de M. Bar; serait-il viable? Nous savons d'autre part que presque toujours les enfants naissant dans ces conditions sont mal conformés.

Nous admettrons donc, en pratique, que dans l'hydramnios aiguë « *la vie du fœtus ne compte pas* » (Brindeau). Ce fait a une grande importance au point de vue du traitement.



DIAGNOSTIC

Des pages qui précèdent il semble résulter que le diagnostic d'hydramnios aiguë est sinon facile, du moins faisable fréquemment chez une femme qui se sait enceinte et chez laquelle se montrent les différents symptômes que nous avons étudiés; en pratique, ce diagnostic est extrêmement délicat surtout lorsque la marche de l'affection est si rapide que les accidents éclatent avant que la femme ait eu le temps de consulter un médecin; ce diagnostic est au contraire singulièrement simplifié, lorsque le médecin assiste à l'évolution de l'hydropisie utérine, et dans ce cas, il s'attend aux accidents que nous avons mentionnés, essayant par un traitement approprié de pallier à ces accidents et d'arrêter si possible la marche de l'hydramnios; ce traitement palliatif est, nous le verrons, illusoire. Même lorsqu'il connaît l'hydramnios, le médecin hésite parfois; témoin le cas rapporté par Arzac (Thèse de Bordeaux) qui cite l'observation d'une femme enceinte de 5 mois et demi chez laquelle on fit la laparotomie pour kyste de l'ovaire à la suite d'accidents aigus de la nature de

ceux que nous avons signalés alors que l'on connaissait chez cette malade la présence d'un excès de liquide amniotique.

On pourrait de même penser à tout autre *kyste abdominal*, *kyste hydatique*, *hydronéphrose*, coïncidant avec une grossesse plus ou moins avancée.

Nous ne ferons que citer pour l'éliminer : la *môle hydatiforme* que l'on rencontre exceptionnellement (1 fois sur 2.000 grossesses) et surtout au cours de la grossesse gémellaire. Elle peut revêtir une taille volumineuse, mais coexiste généralement à des hémorragies graves. L'utérus est mou et dépressible et rarement on rencontre des troubles de compression.

Le plus souvent, on pense à une *vessie distendue par l'urine*, hypothèse que le cathétérisme aura vite fait abandonner; cependant il nous faut insister sur le cas de *réten tion d'urine accompagnant la rétroversion d'un utérus gravide* et qui a été signalée comme source d'erreur. La malade, dans ce cas urine, par regorgement; il ne faudra donc pas compter sur l'interrogatoire qui aiguillerait sur une fausse piste. Le toucher pourra déceler la rétroversion et ici encore le cathétérisme lèvera les doutes.

Nous nous trouvons donc en présence de 2 cas possibles :

Ou bien l'état général de la malade et les signes fonctionnels sont au premier plan, ou bien ce sont les signes physiques qui dominant la scène.

Dans le 1^{er} cas, l'augmentation rapide du volume du ventre accompagnée d'intolérance gastrique, parfois de

frissonnements, facies figé, nez pincé, yeux excavés peuvent en imposer pour une *péritonite*; hypothèse facilitée encore le plus souvent par la suppression des matières et des gaz et la diminution de tension du pouls petit et filiforme (observ. de Boissard); d'autant que l'on a vu parfois la grossesse se compliquer d'accidents péritonéaux d'origine appendiculaire, ou de grossesse extra-utérine. Mais le début de ces affections est en général plus brusquement dramatique; de même, l'élévation de la température et le point abdominal si violent font exceptionnellement défaut au début de ces affections.

Parfois on ne pourra trancher la question que sur la table d'opération après la laparotomie exploratrice.

Si, au contraire, les *signes physiques sont au 1^{er} plan*, nous penserons à une *ascite* ou à une *tumeur abdominale* et plus spécialement à un *kyste de l'ovaire*.

Certains kystes de l'ovaire, et plus spécialement les *kystes à pédicule tordu*, ont en effet un développement rapide, s'accompagnant même parfois d'aménorrhée et donnant à l'abdomen le même aspect que dans l'hydramnios; la percussion ici peut être superposable à celle de l'hydramnios. Souvent l'erreur a été faite et cependant elle pourrait être évitée si le médecin se souvient que les malades sont des multipares et qu'elles se savent enceintes de par les phénomènes qu'elles ont éprouvés lors de leurs précédentes grossesses.

Enfin, la palpation pratiquée à différentes reprises permet d'un jour à l'autre de surprendre l'utérus dans un état de distension moins marquée; on peut alors percevoir plus ou moins nettement soit des contractions uté-

rines, soit le ballottement foetal, ce qui fait faire le diagnostic.

En présence d'une *grossesse compliquée d'ascite*, nous ne nous tromperons pas; l'aspect du ventre de batracien, le déplacement de la matité et de la sonorité avec les diverses positions de la malade ainsi que le signe déjà mentionné qui consiste à faire coucher la malade sur le flanc nous permettra de reconnaître qu'il s'agit d'une ascite libre et mobile dans la grande cavité péritonéale.

Malgré tout, diagnostic difficile et qui doit toujours être précédé d'un interrogatoire serré de la femme sur la *date de ses dernières règles*, ainsi que de la recherche soigneuse de tous les *signes de probabilité d'une grossesse*.



ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE. ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Quelles sont les causes de l'hydramnios aiguë, quel est le mécanisme de sa formation? Autant de questions qui ne sont pas encore absolument solutionnées, et le nombre des hypothèses émises à ce sujet (bien que reposant sur des faits ou s'appuyant sur des données anatomiques) nous montre qu'aucune d'elles ne satisfait pleinement l'esprit.

Un point bien établi à l'heure actuelle est l'origine du liquide amniotique; il est *d'origine fœtale*, fourni pour la plus large part par les urines du fœtus; mais il est hors de doute que des œdèmes considérables survenus chez la mère peuvent entraîner une surproduction de ce liquide. Ce dernier cas a été étudié plus spécialement par Dieulafoy et Gilles qui attribuent un rôle à la chlorurémie chez la mère. On a alors essayé des cures de déchloruration, régime lacté (cas de Pinard rapporté par Le Page), mais leur seule action est d'augmenter le taux des urines.

On a de même incriminé *la syphilis*; cette cause est à

considérer ; son rôle semble, en effet, à l'heure actuelle, très important, au moins dans la grossesse gémellaire univitelline ; on s'en rend compte assez facilement en relisant nos observations et plus spécialement notre observation XXI ; il est vrai que les statistiques de 1911 ne relèvent que huit cas de spécificité chez la mère sur 48 cas d'hydramnios aiguë mais nous avons pu nous rendre compte que la proportion est beaucoup plus grande en relisant toutes les observations de grossesse gémellaire univitelline suivies d'avortement qui ont été publiées ; de plus, dans la statistique que nous rapportons, la réaction de Wassermann n'a pas été faite chez le père pour diverses raisons et il se peut que dans ces cas elle ait été positive.

Eu ces dernières années, on a émis une hypothèse nouvelle qui repose sur l'assimilation de la séreuse amniotique à une autre séreuse quelconque de l'organisme : plèvre ou péritoine ; sous une influence quelconque, l'amnios réagit et il se produit alors une véritable *amniotite* comparable à la pleurite ou à la péritonite, et qui amène une hypersécrétion de liquide ; cette explication est plausible, mais ne montre pas pourquoi on rencontre plus fréquemment l'hydramnios aiguë au cours de la grossesse gémellaire univitelline, et d'autre part, on se demande si une séreuse peut réagir si rapidement et si intensément pour produire en si peu de temps un tel excès de liquide.

D'autres explications ont été données qui semblent plus satisfaisantes et reposent sur des faits, mais auparavant il nous faut étudier rapidement la disposition et la

constitution du placenta et de ses vaisseaux telles que nous la retrouvons décrite dans Schatz, Sallinger, Kustner, dans la thèse de Eleuterescu et dans le travail de M. Bar.

Nous donnerons d'abord un aperçu du mécanisme de la grossesse gémellaire univitelline telle que nous l'expliquent ces auteurs, et Schatz en particulier.

La grossesse gémellaire univitelline provient de la pénétration d'un seul ovule par un ou plusieurs spermatozoïdes; c'est Fol qui découvrit ce fait en 1879, en étudiant le mécanisme intime de la fécondation; mais dès 1865, Dareste avait énoncé la théorie suivante : La monstruosité double n'est que la conséquence de la grossesse gémellaire univitelline; dans tous les cas, le résultat de la pénétration d'un seul ovule par 2 spermatozoïdes était une segmentation anormale de l'ovule donnant naissance à la formation d'une larve monstrueuse. En conclusion : *la gémelléite univitelline procède d'un ovule pathologiquement fécondé; les deux produits développés sur le même vitellus sont solidaires l'un de l'autre comme les deux moitiés d'un même organisme et constituent par conséquent toujours un ensemble monstrueux* (Eleuterescu), et ceci nous est expliqué par la circulation placentaire : dans la grossesse gémellaire univitelline le *placenta est toujours unique*, mais il présente presque toujours des anastomoses entre les deux circulations; ces anastomoses sont superficielles ou profondes; *les anastomoses superficielles* visibles sur la face fœtale du placenta se font entre de grosses branches vasculaires, d'artère à artère ou de veine à veine (elles

manquèrent une fois sur 27 cas d'après Schatz); ce sont les plus fréquentes.

Il existe encore des *anastomoses profondes*, mais ce sont ici des anastomoses capillaires se faisant d'artère à veine ou inversement et Schatz, se basant sur les placentas injectés les décrit de la façon suivante :

Certains cotylédons placentaires reçoivent des vaisseaux artériels et veineux, venant des 2 fœtus si bien qu'au niveau des villosités, on verrait le sang venant d'un artère appartenant au fœtus A, par exemple, passer dans une veine appartenant au fœtus B; ou inversement, le sang d'un artère de B passer dans une veine de A; ainsi se trouverait constituée une 3^e circulation. Les 2 premières circulations ayant leur origine et leur terminaison au même cœur, la 3^e formant un cercle constitué de 2 moitiés :

La 1^{re} moitié allant du cœur gauche de A au cœur droit de B.

La 2^e moitié allant du cœur gauche de B au cœur droit de A.

Elle aboutirait donc aux deux cœurs à la fois.

Telle est la circulation dans le placenta. Pour ce qui est des membranes, nous ne rencontrons bien entendu ici qu'un *seul chorion*, mais nous trouvons le plus souvent deux poches rarement juxtaposées, fréquemment superposées pouvant ou non communiquer entre elles plus ou moins largement; la cloison qui sépare les deux cavités amniotiques ne sera donc formée dans ce cas que de deux membranes amniotiques.

Beaucoup plus rarement encore on rencontre une

seule cavité contenant 2 fœtus (Obs. XI). La proportion de ces cas les uns par rapport aux autres est de 5 grossesses monoamniotiques pour 25 grossesses gémellaires univitellines (Jais 1911).

L'insertion des cordons sur le placenta peut se faire en n'importe quel point; très fréquemment, elle est vélamenteuse dans la cavité hydroamniotique; très rarement, en effet, l'hydramnios se développe dans les deux cavités.

Le poids des fœtus, toujours du même sexe, est assez dissemblable, pouvant varier de 100 à 300 grammes et plus; il semble que le fœtus contenu dans la cavité hydroamniotique soit plus volumineux que l'autre et présente en général des altérations organiques : état œdémateux, ascite, hypertrophie cardiaque, etc., ou des malformations : bec de lièvre, un seul rein, etc.

La mort et la macération d'un des fœtus est ici trois fois plus fréquente que dans les grossesses bivitelles.

Nous pourrions maintenant suivre facilement les théories pathogéniques émises sur la production de l'hydramnios en général, d'où l'on peut faire découler celle de l'hydramnios aiguë.

Sallinger attribue l'hydramnios à la compression de la veine ombilicale au niveau de l'anneau.

Niederbing à un rétrécissement du trou de Botal.

D'autres ont incriminé la transsudation du sérum fœtal au travers des vaisseaux du cordon et du placenta recouvert par l'amnios, transsudation possible d'après les

travaux de M. Bar et qui peut même être très abondante ; mais le sera-t-elle au point de produire en quelques jours plusieurs litres de liquide ?

Schatz étudiant les communications vasculaires dans les placentas univitellins fut amené à conclure que ces dispositions anatomiques particulières amènent des troubles dans la circulation des deux enfants et de l'hydramnios dans une des cavités. Nous avons dit comment la circulation profonde était composée de 2 parties :

L'une partant du cœur gauche du fœtus A pour aller au cœur droit de B.

L'autre partant du cœur gauche du fœtus B pour aller au cœur droit de A.

On comprend comment les deux parties de cette circulation peuvent être inégales si A donne des artères plus nombreuses et plus volumineuses que celles de B. Donc A enverra plus de sang à B, qu'il n'en recevra de lui. A sera transfuseur de B, Il y aura donc stase dans le cœur de B qui, plus tard, se laissera distendre ; hypertendu, il urindra davantage, d'où hydramnios. De même, la stase dans le reste de son organisme amènera une hypertrophie du foie et de la rate et ascite. Le fœtus transfuseur dépérit et meurt.

Kustner objecte que, dans ces cas, à la longue, le cœur du transfusé doit vaincre la pléthore sanguine et renvoyer du sang à son frère ; il redeviendrait transfuseur et son frère transfusé ; c'est là l'avis de certains auteurs qui expliqueraient ainsi l'hydramnios dans les deux cavités amniotiques. Ce n'est pas l'avis de Kustner et il propose l'hypothèse suivante :

Pour lui l'hydramnios résulte bien d'une inégalité de circulation; mais la gêne de circulation vient du siège de l'insertion du cordon qui se fait vélamenteusement.

Dans ces conditions et à cœur de force égale, lorsque les communications vasculaires plus ou moins larges existent, le cœur du fœtus à insertion placentaire lancera le sang plus loin dans le placenta et plus facilement. Si des communications plus ou moins larges réunissent les deux circulations, peu à peu le fœtus bien développé envahira le territoire vasculaire du fœtus retardataire; mais, à cause du travail plus considérable, son cœur s'hypertrophie, amenant une excrétion plus considérable d'urine, d'où hydramnios; cette hypertrophie cardiaque amène une stase veineuse qui se traduit par hypertrophie du foie et de la rate, ascite et œdème. Pendant ce temps, l'autre jumeau affaibli ne se développe pas et succombe.

A toutes ces hypothèses on peut objecter que les cas d'hydramnios sont bien rares en comparaison avec la fréquence des insertions vélamenteuses du cordon ou de l'inégalité des circulations. Il faudrait donc chercher ailleurs l'explication de ces inégalités entre les deux fœtus et on peut se demander si elles n'existent pas dès l'origine et ne tiennent pas à une répartition inégale du vitellus de formation entre les deux embryons.

Néanmoins, l'hypothèse de Schatz semble la plus vraisemblable et c'est celle qui est actuellement admise.



TRAITEMENT

D'après les quelques lignes que nous avons tracées relativement à l'évolution de l'hydramnios aiguë, nous pouvons dès maintenant conclure les traitements applicables à cette affection.

Certains auteurs ont pu laissé évoluer l'hydramnios en se contentant de combattre la cause.

D'autres ont usé de la ponction abdominale de l'utérus.

Il est enfin un grand nombre de cas où on a pratiqué plus simplement la ponction des membranes par voie vaginale.

Bien entendu, les cas sont rares où il est possible de temporiser, et le peu que nous savons de l'étiologie et de la pathogénie de cette affection nous montre qu'en dehors de la syphilis, il nous est bien difficile de combattre la cause : hypertension de la circulation fœtale ; aussi les essais thérapeutiques sont-ils le plus souvent infructueux. Dans tous les cas, ce traitement ne sera de mise que tant que les accidents ne seront pas encore menaçants et lorsque le médecin sera appelé assez tôt.

On a pu voir une rupture prématurée des membranes se faire sous l'influence de la tension extrême du liquide dans l'œuf et la femme accouche spontanément (observations VII et VIII). Dans ces cas, l'accouchement est facile car la grossesse est peu avancée en général et le col déhiscent; mais il faudra toujours surveiller la délivrance qui peut donner lieu à des accidents et plus particulièrement : hémorragie par inertie utérine.

La ponction abdominale semble avoir rallié, il y a quelques années, les suffrages de beaucoup d'auteurs et nous trouvons rassemblées, dans la thèse de Le Souder, 9 observations sur lesquelles l'auteur s'appuie pour nous montrer le bien-fondé de ce traitement.

Nous ne pouvons nous empêcher de remarquer que, dans toutes ces observations, sauf cependant dans celle de Nicolas (Obs. VI de Le Souder), le diagnostic d'hydramnios aiguë seule n'a pas été porté, et que dans tous ces cas, les auteurs ont pensé qu'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire seul ou coexistant à une grossesse. Arzac va même jusqu'à faire la laparotomie de sa malade et ne ponctionne l'utérus qu'une fois le ventre ouvert.

Dans tous ces cas, l'accouchement suivit de plus ou moins loin la ponction :

Avortement 2 jours après dans le cas de Lambl (Obs. II).

Accouchement 21 jours après dans l'observation de Dumarais (Obs. I).

Avortement 5 jours après chez la malade d'Arzac.

Accouchement dans le cas de Nicolas suit de 2 jours la ponction.

Dans le cas de Phocas (*Annales Gynéco.*, Mai 1890), l'accouchement de 2 enfants du sexe masculin ne se fait que 5 semaines après la ponction. L'un des enfants est vivant, l'autre mort depuis quelque temps; ils sont de 8 mois environ.

Quoi qu'il en soit, cette ponction fait cesser immédiatement les accidents graves présentés par la mère.

Les auteurs qui en sont partisans disent qu'elle permet d'éviter les accidents mécaniques dus à la rupture des membranes et qu'elle expose moins à l'infection.

Elle permet de régler le débit du liquide et n'expose pas à l'avortement ou à l'accouchement immédiat et peut permettre d'atteindre le terme de la grossesse.

Elle est suffisante quand elle a laissé dans l'utérus une quantité de liquide amniotique égale à celle qui existerait normalement à cette période de la grossesse et elle pourra être répétée.

Nous devons la pratiquer en un point de l'abdomen qui sera variable avec chaque cas et dépendra de la situation de la poche amniotique, de la situation du placenta que nous devons essayer de localiser le plus soigneusement possible et de la position du fœtus; mais on voit combien peut être délicat ce repérage pour lequel nous n'avons que peu de données, d'autant que presque toujours le placenta est inséré sur la paroi antérieure de l'utérus.

La zone d'élection sera donc dans tous les cas très exigüe.

Il nous reste à envisager maintenant la rupture des

membranes par les voies naturelles comme intervention au cours de l'hydramnios aiguë.

La plupart des auteurs se sont rangés à cette technique et nous le constatons en relisant les observations qui accompagnent notre étude (alors que dans presque tous les cas où l'on a pratiqué la ponction abdominale de l'utérus, le diagnostic était hésitant). Dans ces dernières années, les accoucheurs semblent s'être ralliés à la ponction vaginale, si nous en croyons les dernières observations que nous avons recueillies depuis 1913.

La ponction des membranes provoque l'accouchement plus rapidement que la ponction abdominale.

24 heures après la ponction dans l'observation de M. le Professeur Brindeau, à Beaujon (Obs. XXII).

24 heures après la rupture des membranes dans l'observation de Humphreys (Obs. IV).

4 jours après la ponction dans le cas de Boucharcourt (Obs. IX).

36 heures après la ponction de notre cas de la Pitié, (Obs. XXI).

On a incriminé ici une décompression trop brusque des organes abdominaux et l'impossibilité de régler le débit de liquide. Le fait ne s'est jamais produit et pour ce qui est de régler le débit du liquide, la chose est possible en introduisant le doigt dans le col utérin; le seul inconvénient de la ponction vaginale est l'impossibilité d'arrêter l'opération lorsqu'on juge avoir enlevé suffisamment de liquide; nous verrons tout à l'heure l'inutilité de cette manœuvre.

La ponction des membranes se fait de la façon la

plus simple. En général, il s'agit de multipares dont le col laissera passer le doigt ou un cathéter au moyen duquel on pourra ponctionner les membranes. Au besoin, pourra-t-on, si le cas est urgent, passer quelques bougies d'Hégar.

La ponction devra se faire dans l'intervalle de deux contractions utérines et sera légère de manière à pouvoir modérer la sortie du liquide pour ne pas risquer une hémorragie ou de l'inertie utérine; en fait, nous avons rencontré le cas une seule fois dans les observations que nous avons parcourues.

Dès que l'utérus sera un peu relâché, les contractions utérines termineront le travail.

L'introduction du ballon serait-inutile ou même dangereuse avant la rupture des membranes, car l'utérus déjà surdistendu par l'hydramnios se contractera mal et on risque d'augmenter ainsi la lenteur du travail qui se fait en général rapidement après l'évacuation du liquide amniotique.

On pourra au contraire employer le ballon quand l'utérus se contractera mal. Dans tous les cas, il faudra toujours agir très lentement de même que pour la délivrance que l'on sera obligé parfois de pratiquer artificiellement.

Dans notre conclusion au sujet de la conduite à tenir en présence d'une hydramnios aiguë nous ne chercherons pas à poser de principe absolu; néanmoins, étant donné l'état actuel de nos connaissances, lorsque le diagnostic d'hydramnios aiguë est posé d'une façon certaine, il y a lieu de pratiquer l'ouverture de l'œuf et

le procédé de choix est la ponction vaginale des membranes.

En effet, nous avons vu que jamais ou presque le produit de conception ne pouvait arriver à terme; que lorsque l'enfant naît vivant, il peut être malformé, etc... il ne tarde pas à mourir, quelle que soit la méthode employée. « Sur huit ponctions abdominales pratiquées, une seule fois on put avoir un enfant vivant et encore nous ne savons pas si cet enfant né à 8 mois a survécu » (Thèse de Jay. Paris 1911, p. 62). De plus, les résultats, tant au point de vue de l'hydramnios, qui s'est renouvelée, qu'au point de vue de la survie du fœtus, ont été négatifs après la ponction abdominale. La prolongation de la grossesse dans ce cas est de peu de durée en général. Ce ne serait que lorsque le médecin appelé tardivement auprès d'une malade dont l'hydramnios aiguë donne peu de signes fonctionnels à une période tardive de la grossesse, vers le 8^e mois, par exemple, qu'il pourrait pratiquer avec fruit la ponction abdominale. Mais alors il s'agit presque toujours d'une hydramnios chronique à épisode aiguë. Dans tout autre cas, elle n'est pas utile; s'il s'agit d'un kyste ovarien elle est insuffisante et ne pourrait avoir une raison d'être que s'il faut agir d'urgence. De plus, c'est une opération aveugle puisque l'on ne peut pas toujours ponctionner l'œuf hydroamniotique et on s'expose à une ponction blanche.

Donc, en cas de doute, mieux vaut recourir à la laparotomie exploratrice qui fixera le diagnostic et facilitera l'intervention. Dans tous les autres cas, ponction vaginale des membranes dès le diagnostic

d'hydramnios aiguë porté. On a pu reprocher à cette intervention d'avoir ouvert un œuf non hydramniotique, mais nous savons pour l'avoir étudié longuement dans notre chapitre de Pathogénie que cet œuf ou plutôt cette loge contient un fœtus qui n'est en somme qu'une annexe défectueuse d'un organisme insuffisant et mal conformé lui-même. On a de même incriminé la ponction des membranes de favoriser l'infection de l'œuf lorsqu'il n'était pas expulsé aussitôt; nous n'avons pas retrouvé une seule observation relatant ce fait; tout au plus, notre obs. XXI montre-t-elle chez notre malade une légère élévation de température, vite arrêtée après la révision.

Répetons en terminant que ce mode de conduite n'est pas un principe absolu, mais qu'il nous a paru intéressant d'y insister étant donné qu'il repose sur une étude approfondie d'un certain nombre de cas où il a donné les meilleurs résultats, et que par sa facilité d'application dans tous les cas, il est pour le médecin isolé, du plus grand secours.



OBSERVATIONS

Obs. I (Noël Dumarais, *Résumée*). — Femme se disant enceinte de 5 mois dont le ventre est plus volumineux que celui d'une femme à terme.

Dumarais croit à grossesse compliquée d'ascite. Devant la gravité des accidents et après avoir hésité, il ponctionne à la hauteur de l'ombilic. Il s'écoule alors un liquide fluide avec un peu de sang. Un corps se présente à l'ouverture de la canule; il fut repoussé avec une sonde cannelée; mais la proportion de sang augmenta; on fut obligé d'interrompre la ponction; on retira la canule après avoir enlevé le $\frac{1}{3}$ du liquide. La malade est soulagée. 15 jours après, les accidents reparaissent, l'auteur pense à grossesse et temporise. Accouchement 21 jours après : 2 fœtus qui vivent plusieurs heures. Un seul placenta. (*Journal de Sédillot*, T. VI)

Obs. II (*Résumée*). — IV^e pare, 28 ans, se croyant enceinte de 4 à 5 mois. 15 jours auparavant, point de côté dans hypochondre droit. Peu à peu, le volume du ventre augmente et de la dyspnée se montre. Les douleurs abdominales sont violentes. Léger œdème des membres inférieurs. Tension abdominale énorme. Le jour suivant, cyanose et oppression. Diagnostic hésitant entre ascite et grossesse; l'auteur se rallie au 1^{er} et ponctionne à 30 centimètres au-dessus de la symphyse à 18^{cm} à gauche de l'ombilic. Il retire 15 litres de liquide hypertendu qui s'arrête immédiatement. La malade

est soulagée, mais seul le côté gauche du ventre s'est affaissé, le côté droit reste tendu. Les jours suivants, le côté gauche reste affaissé le droit augmente de volume. 2^e ponction à droite; on retire 20 litres de liquide. Le jet s'arrête brusquement. Le lendemain, expulsions de 2 jumeaux de 4 à 5 mois « l'un rouge sombre; l'autre pâle et décoloré ». Placenta unique (Lambl. *Centralblatt für Gynæk.* 1881).

Obs. III (Tillaux, *Résumée*). — V^e Pare, 37 ans. Entre à l'hôpital avec un ventre énorme; elle peut à peine respirer. Se croit enceinte de 7 mois. Le diagnostic était hésitant, car son entourage l'accusait d'avoir depuis longtemps un ventre gros. On constate qu'il s'agit de tumeur liquide et on pense à kyste de l'ovaire. Les phénomènes d'oppression, d'occlusion intestinale et les phénomènes sympathiques augmentant, l'intervention est décidée. On fait une ponction au trocart. Un liquide transparent de couleur jaunâtre s'écoule; son absence de viscosité fait penser à du liquide amniotique. Pendant la ponction, Tillaux perçoit un mouvement qui lui semble d'origine fœtal et une contraction utérine; il arrête l'évacuation au bout de 7 litres et interrompt les contractions utérines avec une piqûre de morphine; lavement laudanisé. L'accouchement se produit seulement un mois après. Deux jumeaux vivants de six mois sont expulsés. Un seul placenta qui n'est pas examiné (*Gazette des Hôpitaux*, 1886).

Obs. IV. — Mme S..., 1^{re} pare, 33 ans, a senti remué le 3 Octobre. Le 6, la malade a une violente émotion et voit son ventre augmenter de volume. Le 15, elle appelle le médecin qui constate que le volume de son ventre correspond à celui d'une grossesse à terme. La malade a de la dyspnée, des palpitations et douleurs lombaires violentes. Abdomen très tendu. Une consultation a lieu le 17. On porte le diagnostic de grossesse avec hydramnios et on ponctionne les membranes

par le vagin. 5 litres 1/2 de liquide s'écoulent. L'accouchement de 2 jumeaux a lieu le lendemain matin. Placenta unique, chorion unique, amnios double. Circulations placentaires entre les veines des deux fœtus (Humphreys, *Lancet*, 1888).

Obs. V (*Résumée*). — VII^e pare, 32 ans. Au 4^e mois, le ventre prend un développement insolite, coexistant à des douleurs abdominales. L'appétit et le sommeil disparaissent vers le 6^e mois; volume du ventre énorme. On ne perçoit pas les bruits du cœur, la mère ne sent pas remuer. La malade ne peut prendre aucune position, ne peut manger ni dormir. Elle présente des varices des membres inférieurs et de la vulve. Le travail commence deux jours après, vers 6 mois. A dilatation complète, on rompt les membranes; il s'écoule un peu de liquide. Premier enfant : siège. Deuxième poche des eaux bien tendue est rompue; il s'écoule 8 litres 1/2 de liquide. Deuxième enfant : sommet. A ce moment-là se montre de l'inertie utérine. On délivre la femme artificiellement; il s'ensuit hémorragie de 1.500 grammes.

Placenta : 900 grammes, un chorion, deux amnios. Insertion du cordon normale dans l'œuf normal, velamentouse dans l'œuf hydramniotique. Anastomose des 2 circulations. Poids du premier enfant normal : 970 grammes. L'hydramniotique pèse 1190 grammes. (Maygrier, *Journal d'Obstétrique*, 1897).

Obs. VI (*Résumée*). — IV^e pare, 22 ans, femme enceinte de 4 mois environ et dont le ventre commence à augmenter de volume. Vers le 5^e mois, elle commence à ressentir des douleurs dans le ventre et de la dyspnée; son utérus mesure 49 centimètres. Ventre tendu. On ne perçoit pas de partie fœtale, l'auscultation est négative. Accouchement spontané au terme de 5 mois : 875 grammes de liquide sont expulsés avec un fœtus de 680 grammes. Le placenta suit et dans les membranes on trouve un autre fœtus mort de 610 grammes; il est

œdédiatié. Un placenta. Deux poches amniotiques. Fœtus du même sexe. Anastomose des 2 circulations fœtales, mais profondément. (Lamoureux, *Société d'Obstétrique*, Paris, 1899).

Obs. VII (*Résumée*). — III^e Pare, 25 ans; 2 grossesses précédentes à terme.

Les accidents primitifs se montrent vers le 4^e mois. On ne perçoit pas de parties fœtales. Auscultation négative. Ventre tendu. Dysurie; constipation. Vomissements. Œdème léger des membres inférieurs.

Au toucher, col entr'ouvert. Deux jours après, le travail se déclare et quand la dilatation est complète, on rompt les membranes qui laissent échapper 14 litres de liquide; 2 fœtus masculins se suivent l'un de 490 grammes hydramniotique, l'autre de 380 grammes, ici liquide normal. Le premier présente cœur volumineux et malformation du membre inférieur droit. Le placenta univitellin pèse 620 grammes. (Keim, *Société d'Obstétrique*, Paris, Juillet 1899).

Obs. VIII (*Résumée*). — I^e Pare, 23 ans, atteinte d'insuffisance mitrale.

Les premiers accidents d'hydramnios se montrent à 4 mois et demi : ce sont des douleurs dans le bas ventre. Cuissons anales dues à des hémorroïdes. Utérus dur et tendu remonte à 4 travers de doigt de l'appendice xyphoïde. On perçoit les mouvements actifs, mais on n'entend pas les bruits du cœur.

8 jours après, le travail se déclare, la poche des eaux bombe à la vulve; on la rompt : premier fœtus expulsé, mort et momifié de 300 grammes. 5 circulaires du cou. Liquide de volume normal. Deuxième poche des eaux fait saillie; on la rompt, il s'écoule une grande quantité de liquide amniotique normal; 2^e fœtus du sexe masculin vivant. Troisième poche des eaux se rompt spontanément, évacuant liquide de volume et aspect normaux. 3^e fœtus de 720 grammes. Déli-

vrance naturelle 1 heure après. Placenta unique de 600 grammes et sur sa face fœtale anastomoses volumineuses. 3 cavités amniotiques. (Thoyer-Rozat, *Société d'Obstétrique*, Paris, Mars 1903).

Obs. IX. — III^e Pare. 23 ans. Entre à Tarnier parce que son ventre a augmenté brusquement de volume depuis 5 jours. Elle est enceinte de 5 mois environ. La malade est pâle, amaigrie. Abdomen plus gros qu'il ne devrait, étant donné l'âge de la grossesse. La fluctuation est nette. Auscultation négative; on ne perçoit pas de parties fœtales. Les jours suivants, l'utérus augmente de volume pour passer de 24 à 31 centimètres en 8 jours. Œdème dans les flancs et au niveau des lombes. Malade agitée, dort peu. Oligurie marquée. Budin fait la ponction de l'œuf par voie vaginale. Il s'écoule 8 litres d'eau. L'utérus ne remonte plus qu'à 21 centimètres au-dessus de la symphyse. La circonférence de l'abdomen est descendue de 90 à 66 centimètres. L'accouchement tardant à se produire, pour éviter l'infection, on entre dans le col 2 grosses lamineaires. Quatre jours après, expulsion de 2 fœtus masculins vivants de 330 et 290 grammes. Le lendemain, on est obligé d'aller décoller le placenta retenu dans l'utérus qui s'était refermé. Placenta 350 grammes. Insertion vélamenteuse du cordon hydramniotique. (Bouchacourt et Valency, *Société d'Obstétrique*, Paris, Juin 1904).

Obs. X (*Professeur Bar*). — Je vis le 25 Décembre 1904, une femme enceinte de 4 mois dont le ventre avait pris dès le deuxième mois des proportions considérables. Je trouvais l'utérus distendu par une quantité énorme de liquide. Je fis une ponction et retirai 10 litres de liquide amniotique. La femme quitta la Maternité et revint 43 jours après; l'hydramnios avait reparu. Je retirai de nouveau après ponction, 7 litres de liquide, mais la femme entra en travail et expulsa 2 garçons 2 jours après la ponction.

Le premier était contenu dans la poche hydroamniotique et était vivant, maigre et pâle. L'autre contenu dans la poche oligo-amniotique était œdédié et la face fœtale lui correspondant était aussi œdédiée. Le placenta présentait des anastomoses profondes, mais aucune superficielle. La décompression brusque du fœtus hydroamniotique au moment de la ponction a permis à son cœur de battre plus violemment et il a immédiatement transfusé son frère transfuseur à travers les anastomoses profondes qui les réunissaient; ce dernier est devenu brusquement œdédié apoplectique et mort; seule une grosse anastomose veineuse superficielle eut pu atténuer les conséquences de la décompression rapide du fœtus. (*Société d'Obstétrique*, Paris Avril 1907).

Obs. XI. — II^e pare, 29 ans (première grossesse terminée à 3 mois par avortement). A 3 mois et demi, elle présente le volume d'un ventre de grossesse de 7 mois. Pas de perception de parties fœtales. Auscultation négative.

A 4 mois et demi, l'utérus atteint les fausses côtes. Œdème sus-pubien marqué; dyspnée d'effort; la malade doit dormir à demi-assise. Pas de douleurs. A 5 mois, la hauteur utérine est de 44 centimètres. La circonférence au niveau de l'ombilic est de quelques centimètres.

Quelques jours après, les douleurs se montrent; le travail fut lent jusqu'à ce qu'on ait rompu les membranes dès que le col fut perméable : 6 lit. 800 de liquide normal. Deux fœtus morts depuis 1 semaine de 470 et 740 grammes. Un seul placenta. Une seule cavité amniotique. (Planchu, *Lyon Médical*, Mars 1908).

Obs. XII (M. le Professeur Brindeau). — V^e pare. Entre à Tarnier pour volume excessif du ventre survenu depuis peu de temps et dyspnée. La hauteur de l'utérus voisine l'appendice xyphoïde; la circonférence au niveau de l'ombilic est de 101 centimètres.

Quelques jours après, la hauteur est de 44 centimètres au-dessus de la symphyse, la circonférence de 103 centimètres.

Ponction de l'utérus à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic. La malade entre en travail et accouche d'un fœtus anencéphale de 1.400 grammes qui meurt aussitôt. (*Journal des Praticiens*, Mars 1911).

Obs. XIII (Professeur Brindeau). — Dans sa pratique privée, le Professeur Brindeau a observé un cas analogue chez femme enceinte de 6 mois dont le ventre a augmenté de façon considérable depuis 4 semaines et surtout 8 jours. Il fait le diagnostic de grossesse univitelline probable. Il ponctionne les membranes, retire 10 litres de liquide; la femme accouche rapidement. La malade guérit rapidement.

Obs. XIV (*Résumée*). — II^e pare. Au premier mois, vomissements le matin. A la fin du premier mois, la femme M... vient consulter. Utérus volumineux et ramolli dans sa totalité. Les vomissements vont en augmentant. La malade souffre dans le bas ventre et a de la peine à uriner. Au deuxième mois, l'utérus toujours mou est volumineux. Les vomissements cessent. A la fin du cinquième mois, son ventre augmente encore de volume mais brusquement amenant de violentes douleurs abdominales; il est à ce moment gros comme un utérus de 8 mois. La hauteur au-dessus du pubis est de 27 centimètres. On perçoit le ballottement fœtal. Mais pas d'auscultation possible. Col ramolli et entr'ouvert. La malade est mise au régime lacté et traitement ioduré. L'hydramnios continue sa marche aiguë; les phénomènes nerveux augmentent ainsi que l'intolérance gastrique, la dyspnée est intense. Le poulx dépasse 100 pulsations. La hauteur de l'utérus atteint en quelques jours 34 centimètres. On fait alors de la dilatation du col et on perce les membranes: il s'écoule 8 litres et demi de liquide; 3 heures après un fœtus masculin de 5 mois est accouché; il meurt peu après; un quart d'heure plus tard,

ouverture des membranes du deuxième œuf; peu de liquide suivi d'un fœtus de même taille que le premier.

Placenta unique. Circulations fœtales anastomosées. Deux cavités amniotiques. Un des cordons a une insertion véla-menteuse (Cas de Binet, *in thèse de Jais*, Paris 1911).

Obs. XV. — XII^e pare, 38 ans, enceinte de 5 mois et demi. Mouvements actifs perçus à 4 mois et demi. Le volume du ventre a augmenté à 5 mois. Les digestions pénibles, l'appétit diminué, l'amaigrissement marqué inquiètent la malade. Le soir, elle a de l'œdème des membres inférieurs. Le ventre a le volume d'un ventre de femme à terme; le fond de l'utérus est à 35 centimètres au-dessus de la symphyse. La circonférence au niveau de la symphyse est de 1 m. 02. Col fermé sans déhiscence. On perçoit quelques parties fœtales fuyant sous la main.

Une semaine plus tard, le ventre a encore augmenté. La malade a de la dyspnée au moindre effort avec teinte cyanique. Le fond de l'utérus est à 46 centimètres, soit une augmentation de 11 centimètres en 10 jours. La circonférence abdominale est de 107. On ne perçoit plus de parties fœtales. On perçoit des contractions utérines. Le col est cette fois perméable.

Le taux des urines est normal, pas d'albumine.

Deux jours après, devant l'accroissement des phénomènes fonctionnels et physiques, on tente une ponction à 10 centimètres du bord supérieur de la symphyse et on retire 2 litres de liquide jaune citrin qui prend vers la fin une teinte rougeâtre. Soulagement appréciable. 4 jours après le travail se déclare; mais se fait très lentement. Lorsque le médecin voit la malade, la dilatation est comme une pièce de 5 francs. On trouve l'orifice utérin, on sent une tête en gauche et recouverte par les membranes sans interposition d'eau; une anse du cordon tend à descendre; on y perçoit des battements. Les contractions utérines sont fréquentes mais peu intenses.

La poche des eaux est rompue vers une heure de l'après-midi (le travail avait commencé à 7 heures du matin). Il s'écoule à peine quelques gouttes de liquide. Un quart d'heure après, accouchement d'un premier fœtus petit, pâle, malingre, de 5 mois à peine. Le ventre de la femme est peu diminué de volume et on perçoit par le toucher une deuxième poche des eaux qui semble volumineuse; sa rupture est suivie de la projection d'un violent jet de liquide qui entraîne le cordon et les membres inférieurs. Le fœtus est expulsé et après le passage de la tête dernière il s'écoule une grande quantité de liquide qu'on ne peut mesurer; on en recueille près de 5 litres.

L'utérus revient parfaitement sur lui-même; le placenta est expulsé spontanément 10 minutes après le deuxième accouchement. Il pèse 1300 grammes il est pâle, œdématisé et friable à l'extrême. 1 seul chorion, 2 poches amniotiques très dissemblables.

Le cordon du premier fœtus (de 610 grammes) s'insère près du bord placentaire. Celui du fœtus hydramniotique (de 1.250 grammes) est infiltré et œdématisé et présente une insertion marginale.

L'analyse du liquide amniotique donna les résultats suivants :

Couleur	Jaune pâle trouble.
Réaction	Alcaline.
Densité à 15°	1.008.
Extrait	12 gr. 80 par litre.
Chlorures en NaCl.	7 gr. 02 par litre.
Albumine	3 gr. par litre.
Ammoniaque	0
Sucre.	0

(Bonnet-Laborderie et Voituriez Le Souder. *Arch. Gynécologie*, T. II 1912 et *in thèse* Le Souder. Paris 1913).

Obs. XVI (Marshall, *J. of obstetrics, London*). — J'ai vu Mistress G... (31 ans) une première fois en Mars 1913, et à ce

moment-là, elle me dit que ses dernières règles remontaient au 5 Janvier. Après l'avoir examinée je la reconnus enceinte de 8 semaines environ, je constatai de même un petit fibrome du fond de l'utérus. Le 5 Mai elle revint me voir ayant l'intention de voyager; à ce moment-là, l'utérus avait le volume d'un utérus de 4 mois et demi.

Le 11 Mai, à son arrivée en Angleterre, elle fut prise brusquement de fortes coliques, dans le bas ventre, qui la confinèrent au lit. Elle remarqua que son abdomen avait beaucoup grossi; elle resta au lit, la douleur abdominale devenant continuelle, puis elle se décida le 25 Mai à revenir à Glasgow.

A ce moment-là, son abdomen énorme, ses douleurs perpétuelles localisées surtout dans la région sacrée accompagnées de polyurie et pollakiurie la mettaient dans une grande détresse physiologique. L'urine recueillie légèrement albumineuse avait une densité de 1025.

L'utérus très agrandi s'étendait jusqu'au rebord costal, le fond de l'utérus atteignant la ligne ombilico-sternale; ceci ne donne qu'une idée approximative de l'utérus qui beaucoup plus gros qu'un utérus gravide à six mois était augmenté dans toutes ses dimensions. Sa hauteur au-dessus de la symphyse était de 11 pouces trois quarts.

Il donnait l'impression fluctuante d'un vaste kyste uniloculaire remarquablement dur et tendu à la palpation. Cette sensation pouvant être rattachée à son contact avec la paroi abdominale, qui bien que très tendue elle-même ne présentait pas encore de vergetures.

L'enfant était irrepérable par les méthodes habituelles. L'auscultation était négative; on percevait cependant des contractions utérines et un souffle utérin. Le toucher vaginal laissait percevoir un léger ballotement fœtal.

Le fibrome du fond de l'utérus avait considérablement grossi et on le distinguait nettement par sa consistance spéciale.

Le 17 Mai, je dilate le col utérin de manière à introduire un doigt. Aussitôt les membranes se rompent et je n'eus que le temps de recueillir 5 pintes de liquide amniotique; le reste du liquide se perdit. Pour activer l'expulsion, je fis une injection de pituitrine; l'examen de la cavité utérine laisse percevoir un siège, mais les contractions utérines devenant faibles, je fis une deuxième injection de pituitrine le lendemain 28 Mai. Les contractions utérines se montrèrent rapidement et devinrent énergiques; la femme expulsa alors 2 fœtus, le premier par les pieds, le second par l'épaule; je fus obligé de pratiquer une embryotomie sous chloroforme pour ce dernier. Expulsion d'un placenta et des membranes.

L'involution utérine se fit bien. Au dixième jour, le fond de l'utérus était à 2 pouces du bord supérieur de la symphyse et le fibrome était devenu petit. Le docteur Kernnedi examina pour moi le placenta et les membranes, mais n'y trouva rien d'anormal. La grossesse était uni-ovulaire de 4 mois environ. On ne remarquait qu'un seul sac hydamniotique; le second avait un peu moins de liquide que normalement (*Journal of Obstetrics*, London, 1914).

Obs. XVII. — Beckerley signale dans une récente publication un cas analogue, mais au neuvième mois; ceci est absolument exceptionnel et il s'agit ici d'une hydramnios chronique devenue aiguë (*Journal of Obstetrics*, London 1914).

Obs. XVIII. — Jardine, dans ses Cliniques obstétricales, donne une bonne description d'un cas dans lequel une hémorragie aiguë est survenue au quatrième mois, si bien qu'en 3 semaines l'utérus atteignit le volume d'un utérus à terme. (*Journal of Obstetrics*, London 1914 (XXV)).

Obs. XIX (*Personnelle et communiquée par le Docteur Rudaux*). — M. le docteur Rudaux a eu l'occasion d'observer le cas suivant dans sa clientèle particulière en 1913. Il

s'agissait d'une femme de 30 ans, III^e pare, ayant eu 2 grossesses normales. Tout alla bien jusqu'au cinquième mois; à ce moment-là, le ventre augmenta de volume en même temps que se montrèrent de violents tiraillements abdominaux et des douleurs thoraciques. La dyspnée d'abord peu marquée devint de plus en plus forte et coexistait à un état nerveux très accusé, la malade ne pouvant rester en place. Constipation. Dysurie et pollakyurie complétaient le tableau. Il porte le diagnostic de grossesse gémellaire univitelline avec hydramnios aiguë et fait revenir d'urgence à Paris la malade qui se trouve en villégiature.

Ponction des membranes par le vagin; on retire 40 litres de liquide jaune citron; la femme est immédiatement soulagée. Deux heures après, deux fœtus de 5 mois 1/2 sont expulsés suivis d'un seul placenta.

Obs. XX (*Personnelle et communiquée par le docteur Bouillier, de Chatou*). — Mme G. 26 ans. III^e pare. 2 grossesses antérieures normales sans albuminurie. Accouchements normaux à terme. 2 filles nourries par leur mère.

La malade qui n'a pas eu ses règles depuis sa première grossesse (1908), est devenue enceinte la troisième fois comme la seconde sans menstruation préalable. Elle reporte, grâce à certains signes subjectifs, l'origine de sa grossesse aux derniers jours de 1912. Rien de spécial pendant les 3 premiers mois. A la fin du troisième mois, petite hémorragie qui cède au repos au lit prescrit; de même, fin du quatrième mois.

Au début du cinquième mois, le 29 Mars 1913: fatigue inaccoutumée avec douleurs abdominales, céphalées, quelques petits vomissements. T. : 38°5. Pouls : 90. Les vomissements s'accroissent. La malade rejette tout : purgatifs et potion de Rivière.

Le 30 Mars, T. : 40°2. Pouls : 120 à 130. Vomissements incessants, teinte subictérique. facies infecté. En même temps l'utérus, surveillé avec soin et où on notait depuis 3 ou

4 jours une augmentation de volume anormale et une tension exagérée, devient de plus en plus gros en même temps que palper le donne une sensation d'hypertension.

La hauteur du fond de l'utérus au-dessus de la symphyse est de 36 centimètres.

Le diagnostic d'hydramnios aiguë est porté, et on propose à la malade l'avortement, après consultation avec le docteur Rudaux.

Le 1^{er} Avril, le docteur Rudaux pratique la ponction des membranes par le vagin. Il s'écoule 8 litres de liquide. Un fœtus est saisi à travers le col et un membre inférieur abaissé pour servir de ballon dilateur. Cette opération est pratiquée à 4 heures de l'après-midi. Les douleurs apparaissent vers 8 heures du soir. On extrait un premier fœtus, puis un second; il se produit une abondante hémorragie. Délivrance artificielle. Injection intra-utérine. Sérum et adrénaline.

Les 2 fœtus sont du sexe masculin et semblent normalement constitués; ils semblent être de 4 mois. Placenta enlevé par morceaux.

Dès le lendemain, les symptômes s'amendent. 48 heures après, la température est normale. Les urines s'éclaircissent et demeurent plus abondantes. Les vomissements ont cessé, le pouls est normal.

Suites de couche normales.

De 1913 à 1919, on a rien noté chez la malade. En 1919, un peu de salpingite hémorragique avec légère réaction péritonéale.

Actuellement, en Mai 1920, nouvelle poussée salpingienne, apyrétique.

Obs. XXI. — *Personnelle recueillie dans le service de M. le Professeur Brindeau à la Maternité de la Pitié.* (1919). — VII^e pare, 38 ans, couturière. Père mort à 60 ans. Mère bien portante.

La malade a eu la rougeole et variole dans son enfance.

Réglée à 16 ans. Premiers rapports à 22 ans.

6 grossesses normales à terme, mais le premier enfant mourut athreptique à 4 mois $1/2$ et le quatrième à 3 mois (diagnostic inconnu).

Ses dernières règles remontent au 26 Novembre 1918.

A son entrée dans le service, la grossesse semble être de 4 mois $1/2$. Elle nous dit entrer à l'hôpital pour une augmentation rapide et douloureuse de son abdomen, phénomène qui aurait débuté à la fin du mois de Mars et a fait de rapides progrès depuis.

Actuellement, son abdomen est volumineux, globuleux, comparable à celui d'une femme à terme. On perçoit à travers la paroi une masse mate, fluctuante qui paraît être un utérus distendu par du liquide. On perçoit vers le fond de l'utérus des saillies dures qui ressemblent à des fibromes, connus d'ailleurs de la malade avant sa grossesse.

Cet utérus est fluctuant et donne nettement la sensation de flot; mais aucun ballottement n'est perceptible.

Au toucher vaginal : col de multipare; le segment inférieur est distendu par le liquide.

La hauteur de l'utérus est de 38 cm. 5 au-dessus de la symphyse, hauteur qui va augmenter quotidiennement de 1 cm. environ pour atteindre 45 cm. le 27 Mai.

Un peu de constipation et de dysurie. Dyspnée d'effort notable. Léger œdème des membres inférieurs.

On fait une prise de sang et on dit à la malade de revenir dans 5 ou 6 jours.

Le 6 Mai : La malade revient. Son ventre a encore augmenté de volume et le fond de l'utérus est à 50 cm. au-dessus de la symphyse; le ventre est volumineux et la dyspnée considérable; l'œdème des membres inférieurs a augmenté. On décide de ponctionner l'œuf. Auscultation négative. Cette ponction des membranes faite par la voie vaginale ramène 10 litres de liquide jaune citrin.

Le 7 Mai : La dilatation se faisant mal, on pose à 10 h. 30 un ballon de Champetier-Deribes de 200 grammes.

A 18 heures : Aucune contraction n'est apparue ; le ballon n'a pas bougé ; le pouls est à 120. La température à 40°1.

A 20 h. 30 : Le ballon est expulsé, la dilatation est complète, la femme pousse et expulse un fœtus mort et macéré de 700 grammes. L'utérus reste volumineux et après quelques contractions un 2^e œuf est expulsé un quart d'heure après : fœtus de 550 grammes. *A 21 h. 20* : Expulsion du placenta de 700 grammes environ, mais la délivrance est incomplète, la face utérine du placenta est douteuse et il y a rétention complète du chorion ; la température est de 39°5. On passe la femme à l'isolement pour lui faire une révision.

La révision est faite le lendemain matin.

Les suites de couches furent normales.

La face fœtale du placenta unique présentait des anastomoses entre les 2 circulations.

Le Wassermann fut trouvé positif.

Obs. XXII. — (*Personnelle*). *Prise à la Maternité de Beaujon.* — II^e pare, 28 ans, admise à Beaujon dans le service de M. le Professeur Brindeau, le 20 Avril 1920 à 9 heures, au dortoir, pour excès de liquide. Les dernières règles remontaient du 3 au 6 Novembre 1919.

Son utérus est très volumineux, asymétrique, remontant plus haut à gauche qu'à droite et son fond remonte à 61 centimètres au-dessus de la symphyse. La tension n'est pas excessive et semble plus marquée à gauche qu'à droite. On sent un ballonnement à gauche de l'ombilic. Circonférence maxima au niveau de l'ombilic : 113 centimètres.

La malade n'a pas de dyspnée ; pouls 112 ; urines normales.

La femme peut conserver la position horizontale sans trop grande gêne. *Au toucher* : M. Brindeau trouve un col élevé, le segment inférieur est tendu, le col n'est pas déhiscent.

Le 22 Avril, à 10 heures : On pratique la ponction vaginale

des membranes et on retire 10 litres de liquide ; la malade est soulagée aussitôt. Le toucher, après cela, permet de constater un col perméable qui permet l'introduction du doigt. On sent même une partie fœtale très élevée qui semble être une face.

Le 23 Avril à 7 heures : La malade ressent quelques petites douleurs très irrégulières. Dilatation de 1 franc. La température rectale est à 37°5, le pouls à 100. Au cours de la journée, les contractions se poursuivent régulièrement et deviennent de plus en plus intenses.

A 18 h. 50 : Le toucher est pratiqué, la dilatation est complète, on arrive sur la saillie de l'épaule gauche déjà très engagée. Après 5 minutes d'efforts expulsifs, la femme donne naissance à une fille mort-née pesant 770 grammes, dégagée en conduplicato corpore et présentant sur l'épaule gauche une bosse séro-sanguine à ses débuts. On pratique à nouveau le toucher et on constate l'existence d'une seconde poche ovulaire intacte derrière laquelle on sent un petit siège décompleté.

A 19 h. 10 : un fœtus est expulsé en siège, enveloppé dans son amnios. Il est du sexe féminin et mort-né. La quantité de liquide est normale.

A 19 h. 50 : A lieu la délivrance naturelle. Le chorion et la caduque sont presque totalement retenus. La cloison de séparation est formée de 2 amnios. Le placenta est unique et on remarque sur la face fœtale les anastomoses vasculaires des 2 circulations.

Le 1^{er} fœtus : 770 grammes. Le 2^e : 670 grammes. Urines normales.

Le placenta pèse 700 grammes ; il est allongé, les cotylédons sont déchiquetés. Les cordons ont tous deux une insertion excentrique en raquette ; leur volume est normal et leur longueur est de 45 et 52 centimètres.

Analyse du liquide amniotique :

Culot de centrifugation : nombreuses cellules.

Quelques globules blancs et rouges.

Quelques petits diplocoques et lymphocytes.

Volume : 12 litres.

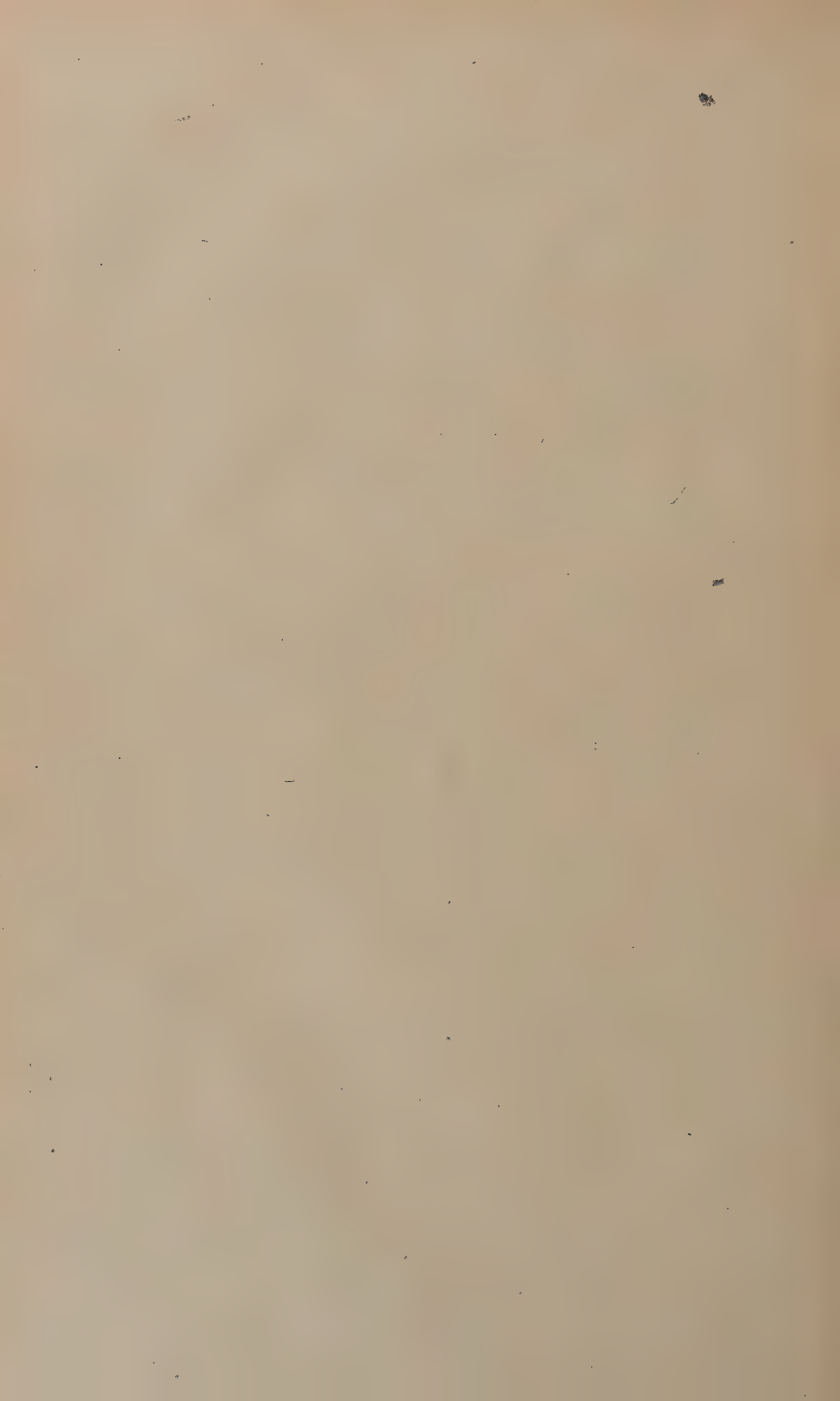
Densité : 1007.

Réaction neutre au tournesol.

Extrait sec . . .	par litre. . .	11 gr. 50
Cendres	—	9 gr. 50
Chlorures (NaCl).	—	6 gr. 45
Phosphates	—	0 gr. 116
Albumine	—	1 gr. 50
Urée	—	0 gr. 50
Glucose	—	traces, moins de 0 gr. 30
		par litre. .

Réactions de Weber et Meyer positives.





CONCLUSIONS

L'hydramnios aiguë est très rare et se caractérise par une distension brusque de l'utérus s'accompagnant de signes physiques fonctionnels et généraux, parfois très graves. Il importe donc d'en faire rapidement le diagnostic pour éviter de la confondre avec une tumeur abdominale d'autre origine.

Le début se fait presque toujours chez des multipares entre le 4^e et le 6^e mois, et dans ce cas, il s'agit presque toujours d'une grossesse gémellaire univitel-line.

L'hydramnios aiguë est presque constamment d'origine fœtale.

On n'a jamais publié d'observation d'enfant vivant et bien conformé né à terme chez une femme atteinte d'hydramnios aiguë, donc pratiquement la vie du fœtus ne compte pas dans l'hydramnios aiguë et on devra interrompre artificiellement la grossesse.

On devra pour ce faire ponctionner les membranes au travers du col.

On pourra exceptionnellement ponctionner l'utérus par la voie abdominale sur la ligne médiane, à quelques

centimètres au-dessous de l'ombilic après cathétérisme vésical.

Cette intervention ne sera pratiquée que si le diagnostic précis n'a pu être posé, et si on n'est pas dans des conditions suffisantes d'asepsie pour pratiquer la laparotomie exploratrice.

Le pronostic de l'hydramnios aiguë est bénin pour la mère, lorsque le diagnostic est fait. Les suites de couches sont en général normales.



Vu : le Président,
BRINDEAU

Vu : le Doyen,
H. ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL

BIBLIOGRAPHIE

Arzac. — Traitement de l'hydramnios aiguë. *Thèse de Bordeaux*, 1901.

Bar. — Recherches pour servir à l'histoire de l'hydramnios. *Thèse de Paris*, 1881.

— *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, Paris, III, 1889.

— *L'Art des Accouchements*, T. II, 528.

Blanc. — De l'hydramnios aiguë. *Nouvelles Arch. d'Obst. et Gynéco.*, 117-126, 1886.

Boissard. — Hydramnios et grossesse gémellaire. *Journal des Praticiens*, 26 Octobre 1901.

Bocquet. — Traitement de l'hydramnios. *Journal obst. et gynécologie*, 20 Mars 1907.

Bouchacourt et Valency. — Hydramnios avec accidents graves dans une grossesse gémellaire univitelline. Avortement provoqué. Guérison. *Société d'Obstétrique*, Paris, 1904.

Brindeau. — Hydramnios à marche aiguë. *Journal des Praticiens*, Février, 1911.

— *L'Art des Accouchements*, T. II, p. 528.

— Deux observations non publiées.

Charpentier. — *Archives de Tocologie*, Paris 1880, T. VII, p. 385-449-541-593.

— *Archives de Tocologie*, Juin-Octobre 1890.

- Clavaud-Ribourgeon.** — Contribution à l'étude clinique de l'hydramnios dans la grossesse gémellaire. *Thèse de Paris*, 1896.
- Cohn.** — Hydramnios aiguë de six mois. *Bull. et Mém. Soc. Chir. de Bucarest*, Mars 1906.
- Darnis.** — Contribution à l'étude de la pathogénie de l'hydramnios. *Thèse de Paris*, 1890.
- Couvelaire.** — Avortement thérapeutique par grossesse gémellaire de 8 mois, compliqué d'hydram. des 2 œufs. *Revue d'Obst. et de Pédiat.* Septembre 1906.
- Eleuterescu.** — *Thèse de Paris*, 1896, n° 244.
- Florentine.** — Amniotic hydrop. ascite, andovariotomy; recovery. *Annals Gyneco.*, Toledo, 1892.
- Godson.** — A case of hydramnios. *The British. med. Journ.* Mars 1903.
- Jeannin.** — 2 cas d'hydroc. avec hydram. considérable. *Société d'Obst. de Paris*, 7 Juillet 1910.
- Kominski.** — Hydramnios acutus cured by ponction of the uterus. *Przegl. lek. Karkow*, 1895, XXXIV, 558-569.
- Lambl.** — Ein Zeltener Fall fur hydram. *Centralblatt fur Gyneco.*, Leipzig, 1881.
- Lepage.** — *Annales Gynecologie*, 1888.
- Mac Clintock.** — Acute hydram. *Obst. J. Gr. Brit. Londres*, 1880.
- Marshall.** — Acute hydram Wites notes of a case occuring with uniovular twins about the 18 th of pregnancy. *Journ. obst. and gyn. Brit. Emp. London*, 1914, XXV.
- Mauriceau.** — *Observations sur la grossesse et l'accouchement des femmes*, Paris, 1838, p. 265.
- Maygrier.** — Grossesse gémellaire univitelline. *Obstétrique*, 1897.
- Oui.** — Article « Hydramnios ». *Pratique médico chirurgicale*.
- Pelzer.** — *Ueber das Acute hydramnios*, Bonn, 1897.
- Phocas.** — Grossesse gémellaire, hydramnios, ponction, gué-

- riçon. *Annales Gynéco. obstétrique*, Paris, 1890, 361-367.
- Pinard. — *Annales gynéco. obst.*, XXIX ann. p. 183, p. 175.
- VI^e Congrès, gynéco. et obst. *Concours méd.*, 1902, p. 274.
- Pozzi. — *Traité de Gynécol. clinique et opératoire*.
- Polosson. — Diagn. de la grossesse gémellaire dans certains cas d'hydramnios aiguë. *Lyon médical*, 4 Septembre 1898.
- Rezza. — Intorno a due casi di hydram. acuto. *Lucina Bologna*, 1916, XXI, 135.
- Ribemont-Dessaigne et Lepage. — *Traité d'Obstétrique*.
- Rudaux. — Sur le traitement de l'hydramnios aiguë. *La Clinique*, 1906-07.
- Sallinger. — *Thèse Zurich*, 1875.
- Sauvan. — Hydram. aiguë, obst. intest. *Marseille médical*, 1913. *Journal méd. Paris*, 1913.
- Scarpa. — *Opusculi di chirurgico*, 1825.
- Schatz. — Die Gewasserbindungen der placenta Kreislauf. *Archiv. fur gynecology*, B. XXIV, XXIX.
- Sédillot. — *Journal de Sédillot*, T. VI, An. VIII.
- Sion. — Contribution à l'étude de l'hydram. dite aiguë et de son traitement. *Thèse Paris*, 1895-96, n^o 470.
- Tarnier et Budin. — *Traité d'accouchement*.
- Tillaux. — La ponction de l'utérus dans l'hydrop. aiguë. *Gaz. Hôpit.*, 1886, 749.



TABLE DES MATIÈRES

Historique.	7
Symptômes	10
Diagnostic	17
Etiologie-Pathogénie, Anatomie-Pathologique	21
Traitement.	28
Observations	35
Conclusions	53
Bibliographie.	55

